

# AZ AKARAT HELYE A BIOETIKAI DÖNTÉSHOZATAL SZÖVEVÉNYÉBEN

---

BALOGH LEHEL

A karat és döntés. Minden döntés meghozatala feltételez (legalább) egy akaratot, amely ilyen vagy olyan módon befolyásolja a döntés kimenetelét. Valójában egy döntés egymással ütköző érdekek, megfontolások és akaratok nyomán születik meg. Az orvosi, avagy bioetika területén a döntésnek kiemelt szerepe van, ugyanis eme diszciplína vizsgálódási mezőjének jelentős hányadát a helyes döntés(ek) mikéntje fedi le. Határozni szükséges kezelésekről, illetve azok esetleges visszautasításáról, rendszerint valószínűsések, szinte soha nem bizonyosságok mérlegelése alapján. S ekkor, mikor dönteni kell, a döntés annak a kezében van, akit a döntés a legközelebből érint, azaz a páciensében. Vagy mégsem így áll a helyzet?

A bioetikán az orvosi etika megreformált, modern változatát értjük, amely a 70-es évek óta számos etikai vitán keresztül nyerte el mai, többé-kevésbé megszilárdult alapkarakterét. Hogy miben is áll ez az alapkarakter, azt legkézzelfoghatóbban a Beauchamp és Childress által meghirdetett négy alapelv fejezi ki, melyek a következők:<sup>1</sup>

1. Az autonómia tiszteletének elve
2. A jótékonyság elve
3. A nem ártás elve
4. Az igazságosság elve

A 2. és a 3. princípium a tradicionális, Hippokratészra visszavezetett orvosi ethosz alappilléreként már hosszú századok óta iránymutató a helyesnek vélt orvos-beteg kapcsolat természetét illetően. A 4-es elv, azaz az igazságosság beemelése az orvosetikai kontextusba mindenekelőtt a betegek egyenlőségének propagálásával, illetőleg az ún. ritka források elosztásának hogyanjával árnyalja a képet, amely intézményi szinten igyekszik etikus keretek között tartani a döntéshozatalt. Az 1-es, vagyis az autonómia tiszteletének elve az a *prima facie* princípium, amelyet a bioetika *par excellence* karakterisztikumának szokás tartani, amely egy teljesen új irányt jelölt ki az orvosi etika fejlődéstörténetében. Miben is áll ez az új irány?

Ha egyetlen szóval kívánnánk jellemezni a hagyományos hippokratészi orvosi etikát, mai szemmel azt az igen találó megállapítást tehetnénk, hogy

---

<sup>1</sup> Beauchamp, Tom & Childress, James: *Principles of Biomedical Ethics*, 4th ed., Oxford University Press, 1994. Oxford, 37–40. o.

*paternalisztikus*. A paternalizmus, mint a későbbiek során látni fogjuk, abban áll, hogy egy ágens beleavatkozik egy másik ágens ügyébe, jöllehet nem más szándékkal, mint hogy előmozdítsa, jobbá tegye a helyzetet a másik számára – akár a másik határozott ellenkezése dacára is. A régi orvosi etikát azért bélyegzik meg mint paternalisztikusnak, mivel a medicina olyan autoritásként jelenik meg benne, amely nem csupán magának követeli a jogot jó és rossz megállapításának kérdésében, hanem képviselői döntenek is az egyes esetekben az adott beteg *helyett*, kezelésről, kezelés megvonásáról, életről, halálról. Példaként megemlítjük a hippokratészi esküszöveg egyik pregnáns részletét, amely megtiltja az orvoslást gyakorlók számára, hogy öngyilkosság vagy magzattelhajtás lebonyolításában segédkezzenek, vagy akár csak tanácsot adjanak eme erkölcstelennek ítélt aktusokkal kapcsolatosan.<sup>2</sup> Itt tehát a beteg akarata vajmi keveset nyom a latban, s egyes vélemények szerint egy, a pusztán technikai/szakmai kérdésekben releváns professzionális réteg a korai időktől fogva önkényesen magára ruházza az erkölcsi ítéssz és végre(nem)hajtó szerepét is.

Hová tűnt vajon a beteg akarata? A betegé, aki adott esetben nem ért egyet az orvosetikai kódex őt (is) érintő morális tartalmával, noha azt senki nem vonja kétségbe – soha nem is tette – hogy ami a technikai oldalát illeti a diskurzusnak, a medicina a betegségben szenvedők bizalmát kell hogy élvezze. Az anamnézis alapos ismerete, a betegség helyes megállapítása, a lehetséges gyógyítási módok előterjesztése mind az orvos szakmai tudásának körébe tartozik, melynek ismerete nélkül csak a sötétben tapogatózik az, aki helyes döntést akar hozni. Az autonómia tiszteletének elve éppen emellett tör lándzsát, hogy az orvos álljon meg ezen a ponton, és ne menjen tovább. Ne akarjon dönteni egyének sorsáról, pusztán mert hatalmában áll. Az autonómia tiszteletének elve posztulálja, hogy a páciens képes autonóm módon határozni az őt érintő kérdésekben, minthogy akarata autonóm. No de mit is jelent itt az autonómia?

Autonómia fogalmán, ha visszamegyünk a kifejezés ógörög gyökeréig, öntörvényhozást értünk. E szerint az autonóm, ami képes önmaga (autosz) törvényt (nomosz) szabni önmaga számára, és e szerint működni, élni. Az autonómia maga után vonja az önállóságot, vagyis a más entitásoktól való viszonylagos függetlenséget. Emberekről szólva, tökéletes függetlenség természetesen nem létezhet, hiszen külső hatások szüntelenül érnek mindnyájunkat. Aki azonban maga hozza meg élete szabályait, preferenciáit tudatosan alakítja ki (akár már készen lévő értékek reflektált indoktrinációjával),

---

<sup>2</sup> „És halált okozó szert nem fogok senkinek sem kiszolgáltatni, még kérésére sem, sőt ilyenféle tanácsot sem fogok adni, és hasonlóképp nem fogok adni nőnek sem magzattelhajtószert.” In. Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai*, 2. kiadás, Medicina Kiadó, 1999. Budapest, 613. o.

abban joggal tisztelhetünk autonóm egyént. A bioetika, amikor autonómia tiszteletéről beszél, azt a fundamentális alapjogot szóltatja meg, amely elismeri, hogy minden ember maga dönthet a saját életét illető kérdésekről. Ezekbe a kérdésekbe magától értetődően beletartozik az egyén egészsége, betegsége.

Kiemelendő, hogy az egyén autonómiája nem egyezik meg akaratának autonómiájával. Könnyedén elképzelhető, hogy egy személyt minden további nélkül mint autonómat ismerünk el, ugyanakkor egy bizonyos döntési szituációt figyelembe véve megkérdőjeleződik akaratának autonómiája.

A szabad akarat több pusztá belső képességnél, amellyel a döntéseinket meghozzuk, hiszen döntéseink egyaránt lehetnek szabadok, valamint nem-szabadok. A szabad döntésre az jellemző, hogy tájékoztatott (informed) és intencionális.<sup>3</sup> A bioetikában akkor beszélünk tájékoztatottságról, amikor az orvos legjobb tudása alapján minden releváns tény, illetve az alternatív kezelések sikerességének, valamint lehetséges mellékhatásainak valószínűségét a beteg számára érthető módon közli.<sup>4</sup> A beteg döntése akkor intencionális, ha az alternatívák megértését követően képes mérlegelni az azokból származó előnyöket, illetve hátrányokat, és preferenciái alapján határoz egyik vagy másik kezelés mellett. Más szóval akarata világosan valamely definiálható kimenetelre irányul, és szükség esetén döntését képes indokolni (az orvosa számára, orvosi bizottság előtt, stb.). A döntés nem tekinthető szabadnak, amennyiben tudatlanságunk által teljes mértékben determinált, avagy ha kizárólag előzetesen meglévő vágyak, szokások, meggyőződések vagy egyéb pszichológiai, fiziológiai, genetikai, társadalmi vagy környezeti körülmények határozzák meg. Amikor a döntések ilyen mértékben determináltak, akkor elvész a hatalmunk, hogy másképp dönthessünk.

Azt, hogy az akarat szabad-e, avagy hogy az ágensnek hatalmában áll-e autonóm döntést hozni, a döntéshozatalra való képesség (decisional capacity) fogalmának segítségével szokták elemezni.<sup>5</sup> A *döntéshozatalra való képesség* az egészségügyi gondozottak ama képessége, hogy saját egészségügyi döntéseiket maguk hozzák meg. Miként Beauchamp & Childress fogalmaz: [orvosokként] „alapvető kötelességünk, hogy a páciensek számára biztosítsuk a döntés jogát, valamint a jogot a tájékoztatáshoz, mely utóbbi vissza is utasítható.”<sup>6</sup> A tájékozott beleegyezés (informed consent) a döntéshozatal központi fogalma: szándéka szerint előmozdítja és védelmezi az

---

<sup>3</sup> Sarah Bass: *Personal Autonomy*,

<http://plato.stanford.edu/entries/personal-autonomy/>

<sup>4</sup> Beauchamp, Tom & Childress, James: i.m. 142–146. o.

<sup>5</sup> Louis Charland: *Decision-Making Capacity*,

<http://plato.stanford.edu/entries/decision-capacity/>

<sup>6</sup> Beauchamp, Tom & Childress, James: i.m. 124. o.

egészségügyi gondozottak autonómiáját. A megfelelő tájékoztatottság mellett igen lényeges itt a kényszerből való mentesség a döntés kialakítása során. Létezik azonban még egy jellemző, amellyel a döntéshozatalra való képesség tárgyalásánál óhatatlanul találkozunk. Ez a *kompetencia* fogalma, amely az adott döntés meghozására való képességet jelöli. Kényes kérdéseknél, amilyen például az eutanázia kérelmezése, meg kell győződni, hogy a kérelmező képes-e kompetensen dönteni ebben a fajsúlyos kérdésben. Képes, amennyiben mérlegelőképességét semmilyen külső vagy belső kényszer nem torzítja el. Nem kompetens, ha akarata nem szabad, hanem mások által manipulált, vagy határozottan kikényszerített. Látható, hogy a kompetencia ún. küszöb fogalom: valaki vagy kompetens egy döntés meghozására, vagy nem; átmenet nincsen.<sup>7</sup>

A döntéshozatalra való képességnek a következő, világosan elkülöníthető elemei vannak:<sup>8</sup>

1. Megértés: alapvető felfogási képesség; megértése a közölt adatoknak, tényeknek.

2. Értékelés: a személyeknek képeseknek kell lenniük értékelni a potenciális alternatívák közötti különbségeket.

3. Értelmezés: a rizikók és előnyök mérlegelésének, továbbá a vélelmezett következmények kiértékelésének képessége.

4. Döntés: a személy által előnyben részesített döntésnek kifejezhetőnek, kommunikálhatónak kell lennie mások számára.

+1. Értékek: személyes értékrendszer, amely alapján a mérlegelés, majd a döntés meghozatala megtörténik.

A következőkben a hatályban lévő magyar egészségügyi törvény vonatkozó részeinek rövid áttekintésébe bocsátkozunk, hogy fényt derítsünk arra, a magyar jog miként birkózik meg a személyes autonómia és akarat szabályozásának nehézségeivel a bioetika területén. Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 15. paragrafus az *önrendelkezéshez való jogról* szólva a következőket állapítja meg.

**15. § (1)** *A beteget megilleti az önrendelkezéshez való jog, amely kizárólag törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozható.*

*(2) Az önrendelkezési jog gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza, figyelembe véve a 20. §-ban előírt korlátozásokat.*

---

<sup>7</sup> i.m. 132–142. o.

<sup>8</sup> Louis Charland: u.o.

A betegnek tehát jogában áll magának döntenie, hogy mely kezelésekben vesz részt, illetőleg hogy melyeket utasít el. Akad azonban kivétel, korlátozás, amelyről *Az ellátás visszautasításának joga* című paragrafus rendelkezik.

**20. §** (1) *A cselekvőképes beteget – a (2)-(3) bekezdésekben foglaltakra tekintettel, illetőleg a (6) bekezdésben foglalt eset kivételével – megilleti az ellátás visszautasításának joga, kivéve, ha annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné.*

(6) *A beteg nem utasíthatja vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást, ha várandós és előre láthatóan képes a gyermek kihordására.*

Azaz a beteg nem utasíthatja vissza az ellátást, továbbá, terhesség esetén, az életmentő/életfenntartó beavatkozást, amennyiben ezzel mások életét, testi épségét veszélyezteti (terhességnél értelemszerűen az anya életének veszélyeztetése automatikusan a gyermek életének veszélyeztetését vonja maga után).

(2) *A beteg minden olyan ellátást, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében utasíthat vissza. Ez utóbbi esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek.*

(3) *A betegség természetes lefolyását lehetővé téve az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. Az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozás visszautasítása a (2) bekezdés szerinti alaki előírások betartásával történhet.*

A 3)-as bekezdés egyértelműen az eutanáziáról rendelkezik, jóllehet magát a kifejezést nem használja. Mint látjuk, lehetőség van életfenntartó vagy életmentő kezelés visszautasítására, amennyiben a beteg betegsége gyógyíthatatlan, valamint a kezelés fenntartása mellett is rövid időn belül halálhoz vezetne.

4) *A (3) bekezdés szerinti visszautasítás csak akkor érvényes, ha egy háromtagú orvosi bizottság a beteget megvizsgálja és egybehangzóan, írásban nyilatkozik arról, hogy a beteg döntését annak következményei tudatában hozta meg, illetve, hogy a (3) bekezdés szerinti feltételek fennállnak, továbbá a beteg az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. napon – két tanú előtt – ismételten kinyil-*

*vánítja a visszautasításra irányuló szándékát. Amennyiben a beteg nem járul hozzá az orvosi bizottság vizsgálatához, a kezelés visszautasítására vonatkozó nyilatkozata nem vehető figyelembe.*

*(5) A (4) bekezdés szerinti bizottság tagjai a beteg kezelőorvosa, egy – a beteg gyógykezelésében részt nem vevő –, a betegség jellegének megfelelő szakorvos, valamint egy pszichiáter szakorvos.*

A (4)-es és (5)-ös bekezdések arról rendelkeznek, hogy a beteg kérelme milyen feltételek együttállása mellett respektálható. Ezek: egy háromtagú orvosi bizottság egybehangzó véleménye arról, hogy a beteg kompetens a döntés meghozatalára, azaz tisztában van döntése következményeivel, továbbá hogy döntését – tanúk jelenlétében – napok múltán megismétli. Az eddigiek alapján kijelenthető, hogy az egészségügyi törvény, pontosan meghatározott keretek között, figyelembe veszi az autonómia tiszteletének bioetikai elvét. Ezért is igen meglepő a következő, vagyis a (7)-es bekezdés rendelkezése:

*(7) A (2)-(3) bekezdések szerinti visszautasítás esetén meg kell kísérelni a beteg döntése hátterében lévő okok – személyes beszélgetés alapján történő – feltárását és a döntés megváltoztatását. Ennek során a 13. § szerinti tájékoztatáson túl ismételten tájékoztatni kell a beavatkozás elmaradásának következményeiről.*

Világosan látszik, hogy nem pusztán az okok megértése itt a cél, hanem az életfenntartó kezelésről való lemondás – a törvényben explicite megfogalmazott – megváltoztatása. Ezzel a manipulációra való törvényi felszólítással mindazonáltal ugyanazon törvény 23. paragrafusa szembe látszik menni:

**23. § (2)** *A beteget, illetve a 22. § (2) bekezdés szerinti személyt az ellátás visszautasítása során nem szabad semmilyen eszközzel döntésének megváltoztatására kényszeríteni. A beteg a 20. § (3) bekezdése szerinti beavatkozás visszautasítása esetén is jogosult szenvedéseinek enyhítésére, fájdalmainak csökkentésére irányuló ellátásra.*

Kényszert tehát – jegyezhetjük meg fellelegezve – nem enged alkalmazni a törvény, ám ez mégis megfér az akarat megmásítására tett felhívással. Mindez természetesen cselekvőképes betegekre vonatkozik, és, miként a 20. paragrafus 8. bekezdése írja:

**20. § (8)** *A beteg a visszautasításra vonatkozó nyilatkozatát bármikor, alaki kötöttség nélkül visszavonhatja.*

Ami a cselekvőképtelen betegeket illeti, rájuk a következő rendelkezés vonatkozik.

**21. § (1)** *Cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg esetén a 20. § (2) bekezdése szerinti ellátás nem utasítható vissza.*

Ez belátható: ahol nem tételezhető fel a döntéshozásra való képesség zavartalan működése, ott a beteg nem kompetens dönteni az életfenntartó kezelésről történő lemondásról. Ezt a véleményt árnyalja a 23. paragrafus is:

**23. § (1) A 20. § (3) bekezdése szerinti beavatkozás megszüntetésére, illetve mellőzésére csak abban az esetben kerülhet sor, ha a beteg erre irányuló akarata világosan és meggyőző módon kideríthető. Kétség esetén a beteg később tett, személyes nyilatkozatát kell figyelembe venni; ennek hiányában az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozás elvégzéséhez történő beleegyezését vélelmezni kell.**

Ennyit tehát a magyar rendelkezésekről. Leszögezhetjük, hogy alapkarak-  
tere paternalisztikus, noha nyomokban felfedezhetőek a személy autonóm  
döntését támogató elemek is. De mi is volt az a paternalizmus? A paterna-  
lizmus az állam vagy egy személy beleavatkozása egy másik személy ügyeibe,  
amely a személy akaratával szemben valósul meg, és amelyet azzal igazolnak,  
hogy a beavatkozás a személy javában, illetve károsodása elleni védelmének  
érdekében történik.<sup>9</sup> Ez természetesen az adott személy szabadságának és  
autonómiájának bizonyos fokú korlátozásával jár. Mivel vélik vajon igazolha-  
tónak az autonómiába való beavatkozást korunkban, amelyben az indivi-  
duum az egyik legfőbb érték?

A paternalisztikus beavatkozás akkor igazolt, ha egy pártatlan racionális  
ágens beleegyezne a beavatkozásba, belátván annak lehetőségét, hogy időről-  
időre önmagára nézve potenciálisan veszélyes és visszafordíthatatlan tettekre  
ragadtathatja magát. Ez egyfajta szerződéselmélet, amellyel nem minden  
paternalizmust támogató ért egyet. Egy másik elterjedt elképzelés szerint a  
személyek talán nem minden esetben értik meg vagy veszik komolyan a visel-  
kedésükből fakadó veszély mértékét, vagy akár el is torzíthatják a körülmé-  
nyeikről való tudásukat. Ha a paternalisztikus beavatkozás célja, hogy meg-  
óvja vagy előmozdítsa az adott személy jóllétét, akkor a beavatkozás az  
ártalom-elkerülés és/vagy a haszonteremtés alapján is igazolható. Ez a fel-  
fogás a szerződéselméletek helyett inkább a szülő/gyermek paternalisztikus  
viszonyával von párhuzamot.<sup>10</sup>

A paternalizmussal szemben a legszélesebb körben elfogadott érv, hogy az  
a személy felségterületére férkőzik, megsértve ezzel autonómiáját, figyelmen  
kívül hagyva, hogy morálisan önmagát irányító, a többi személlyel egyenlő  
ágens, akinek nincsen szüksége külső autoritásokra, hogy megfelelő döntése-  
ket legyen képes meghozni. Mill szerint kizárólag abban az esetben korlá-  
tozhatjuk egy személy szabadságát, és akkor is csak időlegesen, ha meg  
akarunk róla győződni, hogy a személy intencionálisan cselekszik s tettei

---

<sup>9</sup> Gerald Dworkin: *Paternalism*, <http://plato.stanford.edu/entries/paternalism/>

<sup>10</sup> U.o.

következményeiről megfelelő tudással bír; ezen túl, ha már egy alkalommal figyelmeztettük és tájékoztattuk a személyt, engednünk kell, hogy azt tegyen, amit akar.<sup>11</sup>

További, a bioetikán belüli feszültség forrása, hogy az egyes alapelvek nem ritkán összeütközésbe kerülnek egymással, amikor konkrét esetek elemzésére kerül a sor. Az autonómia tisztelete, példának okáért, maga után vonja, hogy azt, mi a „jó”, az határozza meg, akivel történnek az események az adott szituációban, nem pedig valamely külső autoritás. A jótékonyság elve ezzel szemben jó eséllyel paternalizmushoz vezet, amikor is a jó cselekedetet végbeinni óhajtó orvos ignorálja a másik fél elképzeléseit arról, mi a „jó” számára, és saját meggyőződéseit erőlteti rá. A jótékonyság elve tehát, ha nem párosul az autonómia tiszteletének elvével, paternalizmushoz vezethet, ugyanakkor az autonómia tisztelete egymagában kikezrdheti az orvos-beteg közötti nélkülözhetetlen bizalmat, amely – az orvos részéről – akár közönybe is fordulhat, amennyiben minden jóakarata ellenére orvosilag hibásnak ítélt döntés születik. Az egyik legvitatottabb példa a Jehova tanúi vallási csoportosulásához köthető meggyőződés, amely sürgős, ambuláns esetben sem engedi a vérátömlesztést, noha ez a halál imminens beálltát helyezi kilátásba. Ilyenkor az orvos – joggal – érezheti, hogy saját jóról alkotott elképzelése (az élet megmentése vérátömlesztés által) racionálisabb, és a közvélemény által elfogadottabb, mint azé a szülőé, aki vallási meggyőződése alapján adott esetben gyermeke számára sem engedélyezné a transzfúziót. Ezekben az esetekben hovatovább gyakorlat, hogy az autonómia elvét fölülrírja a jótékonyság elve, különösen, ha valaki nem a saját, hanem gyermeke részére tartózkodik a beavatkozáshoz történő hozzájárulástól.

De hogy visszatérjünk az akarathoz magához, sokszor itt sem egyértelmű a helyzet. Ismeretes, hogy az erkölcsi ágens sokszor elégedetlen tulajdon akarataival, ami arról árulkodik, hogy képes magasabb szintről reflexióval élni. Ezért hasznos megkülönböztetni egymástól elsőfokú, valamint másodfokú akaratot. Az *elsőfokú akarat* egy olyan vágy, amelynek tárgya bármi lehet, például egy autó birtoklásának vágya, vágy a dohányzás után stb. A *másodfokú akarat*, ezzel szemben, annak akarása, hogy mire vágyjunk. Például ha azt akarom, hogy ne akarjak dohányozni, ez már a másodfokú akarat megnyilatkozása. A másodfokú akarat mindig reflexív: tárgya egy alacsonyabb rendű vágy vagy akarat. S hogy mennyiben releváns ez bioetikai kontextusban? Nos nem nehéz elképzelni, hogy egy haldokló beteg kívánja, hogy szenvedései minél előbb véget érjenek, s ha erre már nem látszik más kiút, mint a halál, akkor akarata saját halálára irányul. Ugyanakkor megszülethet egy másodfokú akarat, amely erre a halált intencionáló akaratra reflektál, s ezt valamiképp értékeli. Egyesek szerint ha egy mélyen depressziós beteg

---

<sup>11</sup> Mill, John Stuart: *A szabadságról*, Kriterion Könyvkiadó, 1983. Bukarest, 165. o.



saját halálát akarja, kizárólag depressziója váltja ki ezt az elsődleges akaratot, és ha képes lenne másodfokon reflektálni rá, talán el tudná ítélni s egyszersmind képes volna akarni, hogy ne kívánja a halált. Ezért is van döntő szerepe a mérlegelésnek, valamint a racionális érvelésnek, amikor a beteg az életmentő beavatkozásról való lemondáshoz folyamodik. Amennyiben érveléssel (nem manipulációval!) a beteg meggyőzhető, hogy ez vagy az a terápia vagy éppenséggel a terápiáról való lemondás inkább összhangban van saját preferenciáival, akkor kialakulhat benne egy másodfokú akarat, amely elindíthatja elsőfokú akarata megváltoztatása útján. Értékeket, preferenciákat meghatározni azonban már nem az egészségügyi személyzet hatáskörébe tartozik.